|  |
| --- |
| ■ 요양비의 보험급여 기준 및 방법 [별지 제4호의3서식] |
| **건강보험 기침유발기 급여대상자 등록 신청서** |
| ※ 담당의사의 사실 확인일로부터 90일 이내에 공단에 접수한 경우, 환자등록일은 사실 확인일이며, 환자등록일부터 처방전 발행 및 요양비 지급이 가능합니다. |
| ※ 유의사항 및 작성방법은 뒤쪽을 참고하여 주시기 바랍니다. | (앞 쪽) |
| ① 수진자 | 성명 | 주민(외국인)등록번호 |
| 전화번호 (자택) (휴대전화) | 등록결과통보(SMS)[ ] 예 [ ] 아니오 |
|  |
| ② 요양기관 확인란 | 진료과목 |  | 진단확인일 |  |
| 상병명 |  | 상병코드 |  |
|  |  |
| 환자상태및진료소견(해당사항에√표시) |  1. [ ] 인공호흡기 사용자(건강보험 급여대상자)  2. [ ] 기침유발기 요양비 지급대상 상병(별표4의2제1호 및 제2호)에 해당 ※ 뇌간뇌졸중 증후군(G46.3) 및 중추성 수면무호흡(G47.31) 제외 3. 호흡기 질환 병력 [ ] 없음 [ ] 있음( )  ※ 폐기종, 기흉, 압력외상 등 호흡기 질환 병력이 있거나 있었던 환자는 개인사용에 주의를 요하므로 반드시 의사의 진단을 받은 후에 사용하여야 합니다. 4. 호흡기능검사 [ ] 최고호기유량측정 결과 최대기침유량이 250 L/min 이하( L/min) [ ]  아래 사유로 최고호기유량측정이 불가능한 경우 의사소견서로 대체 (해당사항에 √표시) [ ] 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기 이탈 불가 [ ] 만 6세 이하의 소아 [ ] 의식 저하 [ ] 인지기능 저하 [ ] 기관절개 |
| 위에 기록한 사항이 사실임을 확인함 |
|  년 월 일 |
|  요양기관명(기호) : |  ( )  | (요양기관 직인) |
| 담당의사 성명(면허번호) : |  ( )  |  |
| 전문과목(전문의 자격번호) :  |  ( )  | (서명 또는 인) |
|  위와 같이 건강보험 기침유발기 급여대상자 등록을 신청합니다. |
|  년 월 일 |
| ③ 신청인 |  (서명 또는 인) |
| 수진자와의 관계 | ( )  | 전화번호 | ( ) |
|  **국민건강보험공단 이사장** 귀하 |
|  |
|  1.「국민건강보험법」제49조(요양비),「국민건강보험법 시행령」제81조(민감정보 및 고유식별정보의 처리) 2.「국민건강보험법 시행규칙」제23조(요양비), 요양비의 보험급여 기준 및 방법(보건복지부 고시) - 공단은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 신청인 성명, 신청인 전화번호, 수진자와의 관계, 수진자 성명, 주민(외국인)등록번호, 수진자 전화번호,「요양기관 확인란」에 기록된 개인정보를 수집 ㆍ 이용할 수 있습니다. - 공단이 수집 ㆍ 이용하고 있는 개인정보는 개인정보보호법에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다. |
| 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡]] |

|  |
| --- |
| (뒤 쪽) |
|  |
| 유의사항 |
| 1. 요양기관 확인란의 확인사항을 모두 충족하여야 건강보험 기침유발기 급여대상자로 등록이 가능합니다.2. 기침유발기 요양비 지급대상 상병은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 정책센터 또는 요양기관 정보마당에서 확인할 수 있습니다.3. 등록 신청서는 반드시 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과 전문의가 발행하여야 합니다. 소아의 경우 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다.4. 담당의사의 사실 확인일로부터 90일 이내에 공단에 접수한 경우 환자등록일은 사실 확인일로 소급 적용하며, 사실 확인일로부터 90일이 지난 이후 공단에 접수한 경우에는 공단에 방문 신청한 날, 우편 소인이 찍힌 날 또는 팩스를 수신한 날을 환자등록일로 적용합니다. 또한, 처방전 발행 및 요양비 지급은 환자등록일부터 가능합니다. |
|  |
| 작성방법 |
| ① : 수진자의 성명(한글) 및 주민등록번호를 기재합니다.  - 외국인인 경우에는 외국인등록번호(외국국적 동포인 경우에는 국내거소신고번호 포함)를  기재합니다. - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재). - 기재한 휴대전화번호로 등록결과 SMS 수신여부를 기재합니다.② : 요양기관에서 기재하는 항목입니다. - 기침유발기는 건강보험 인공호흡기 급여대상자에 한해 지원합니다. - 고시 별표 4의2제1호 및 제2호(뇌간뇌졸중 증후군 및 중추성 수면무호흡은 제외한다)에 해당하면서 별표5의 기침유발기 요양비 지급 대상자 기준을 충족해야 합니다. - 호흡기 질환 병력이 있는 경우 괄호 안에 질환명을 기재합니다. 폐기종, 기흉, 압력외상 등 호흡기 질환 병력이 있거나 있었던 환자는 개인사용에 주의를 요하므로 반드시 의사의 진단을 받은 후에 사용하여야 합니다.  - 호흡기능검사에서 최고호기유량을 측정한 최대기침유량 결과를 기재합니다. - 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우, 만 6세 이하의 소아, 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개로 최고호기유량측정을 할 수 없는 사람의 경우에는 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서를 반드시 첨부하여야 합니다.③ : 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다. - 수진자(진료를 받은 자) - 가족 :「민법」제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족 및 형제자매이거나  생계를 같이하는 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매 |
|  |
| 처리절차 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **① 요양기관** | EMB0000f42c2c43 | **② 수진자 또는 가족** | EMB0000f42c2c43 | **③ 국민건강보험공단** | EMB0000f42c2c43 | **④국민건강보험공단** |
| ▶ 진단 및 신청서(요양기관 확인란) 작성  | ▶ 신청서 작성 및 공단에 제출 | ▶ 접수 및 확인 | ▶ 대상자 등록 및 관리 |

 |
|  |